

# EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) HALLAZGOS

# HALLAZGOS

## 1.- Teletriage

**Hallazgo 2.1:** Teletriage es una estrategia de gestión clínica implementada como piloto a mediados de 2020 en dos CESFAM y ampliada el 2021 a 12 de estos establecimientos, pertenecientes a 7 comunas del país. Capacitando y ocupando TIC, esta estrategia permite priorizar la solicitud de citas en la APS en función de criterios clínicos y mantener un contacto continuo con el usuario.

**Hallazgo 2.2:** La implementación de Teletriage ha generado beneficios tanto para los establecimientos en cuanto a la agilización en los procesos y mejoras en la eficiencia de los recursos, como para los pacientes, flexibilizando la toma de horas para atención, añadiendo consultas remotas y mejorando la cobertura. En concreto, 1 de 3 solicitudes se resuelve de manera remota, donde 9 de 10 remotas consiste en atenciones que toma menos tiempo que una consulta de telemedicina, por ser atenciones relacionadas a aclaraciones, recetas, o solicitud de otro tipo de documentación. Se estima que por causa de este uso más eficiente de los recursos, la oferta de tiempo de atención puede incrementarse cerca de un 20 %.

**Hallazgo 2.3:** Junto con la implementación de la estrategia de Teletriage a nivel de establecimientos, resulta fundamental realizar el soporte y mantenimiento de la plataforma a medida que dicha estrategia va escalando. Así, en las entrevistas realizadas se prospecta su inclusión en Hospital Digital.

**Hallazgo 2.4:** Según estimaciones CNEP, bajo un escenario la implementación nacional de Teletriage permitiría un aumento potencial de 2,9 millones de citas médicas anuales más. Esto, mediante un uso más eficiente del tiempo del personal clínico (quién(es) y cómo se

atiende), asignando el tiempo adecuado de atención (consulta, control, aclaración, seguimiento, etc.) y definiendo la modalidad de esta (presencial o remota). A su vez, la evidencia conjunta de REM y de los pilotos de la estrategia sugiere que la cobertura en personas en edad laboral -entre 15 y 59 años- podría aumentar en 13pp, desde 44 % a un 57 %. Posibles causas de este aumento de cobertura viene dado por el mayor número de canales de comunicación (web, chats, mensajería, correo electrónico) y la posibilidad de programar la cita. La implementación nacional implicaría un costo operacional anual equivalente al 1,8 % del presupuesto de la APS en 2022.

## 2.- Gestión de citas

**Hallazgo 2.5:** La proporción de citas programadas y no realizadas está entre 10-20 %, explicado por la no presentación y cancelación de la cita. En el caso de la no presentación implica una pérdida cercana al 6 % del presupuesto anual de la APS a 2022 (US\$180 millones).

**Hallazgo 2.6:** MINSAL desarrolló un plan piloto de mensajería para la gestión de citas para el programa cardiovascular entre los años 2015 y 2018. El piloto de mensajería generó una reducción de la tasa de no presentación en hasta 5 puntos porcentuales, así como la reducción de cancelación entre 4 y 6 puntos porcentuales. Ello permitiría incrementar la proporción de citas programadas atendidas sobre 5 puntos porcentuales.

## 3.- Tamizaje a la población flotante

**Hallazgo 2.7:** La tasa de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50 %, mientras que referentes internacionales muestran tasas por sobre el 65 %. En el caso chileno las principales

brechas están en los jóvenes y adultos (alrededor de 40 %). La cobertura es relevante pues es la primera condición para que la prevención sea efectiva. En este sentido, los datos para Chile muestran una correlación positiva entre la cobertura y la prevención de salud, así como también una correlación positiva, y estadísticamente significativa, entre cobertura y el estado de salud de las personas.

**Hallazgo 2.8:** Existe evidencia internacional de mejoras en la cobertura de hasta 39 puntos porcentuales mediante módulos de atención primaria móviles realizando tamizajes (Glass et al, 2017). Mediante esta estrategia, por ejemplo, Oberlinner et al (2008) encontró que 11,4 % de los adultos tamizados en sus lugares de trabajo desconocían tener diabetes. Una estrategia costo efectiva es que dichos módulos realicen tamizajes según lo sugerido por OMS, y en centros neurálgicos con alta población flotante.

#### 4.- Competencias y herramientas para los equipos locales

**Hallazgo 2.9:** Diversos funcionarios de APS, expertos en la materia (CENS, FCh y otros) y encuestas realizadas (bajo el proyecto Teletriage) señalan brechas en el uso de TIC para la gestión a nivel de establecimientos.

**Hallazgo 2.10:** El fomento al uso de TIC para la gestión de los establecimientos tiene el potencial de mejorar los procesos de atención, reducir el tiempo administrativo de los recursos clínicos y potenciar la evaluación del impacto de acciones a nivel local (Beeuwkes Buntin et al., 2011). A nivel nacional se evidencia que la inclusión de apoyo TIC en entidades públicas mediante estudiantes en práctica de carreras afines ha generado impacto (SENAMA: proyecto SIMPLE).

#### 5.- Fomento a la promoción y prevención para equipos de atención en APS

**Hallazgo 2.11:** OMS (2018) como OCDE (2020), entre otros, señalan que los sistemas sanitarios deben migrar desde los enfoques individuales curativos hacia enfoques colectivos de promoción y prevención. Esto es un impulso significativo para la APS en cuanto a la profundización del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y las iniciativas de promoción y prevención en los programas por curso de vida, entre otros. Un ejemplo inmediato del impacto de una APS con mayor capacidad preventiva guarda relación con las denominadas hospitalizaciones evitables. Con datos a nivel comunal (SINIM, CASEN) se observa una correlación negativa, y estadísticamente significativa (al 1 %), entre iniciativas de prevención (EMPA en particular) y hospitalizaciones evitables.

**Hallazgo 2.12:** Hace más de una década existe consenso internacional sobre que las competencias necesarias para la promoción y prevención de los profesionales clínicos de la APS difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de afecciones particulares. La experiencia internacional muestra resultados positivos del desarrollo de competencias y metodologías habilitantes para estos efectos. Por ejemplo, Flocke et al (2014) muestran que el número de pacientes que dejan el consumo de tabaco es 14 puntos porcentuales mayor cuando son atendidos por profesionales médicos entrenados bajo la metodología denominada como momentos de aprendizaje. En el ámbito nacional esto resulta relevante considerando el rol de los determinantes de la salud sobre diversas patologías agudas como crónicas. A modo de ejemplo, a partir de datos comunales (SINIM, CASEN), se observa una fuerte correlación entre dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social y vivienda, con el estado de salud de las personas. Cabe mencionar que no se encontró evidencia sobre la evaluación ni fomento específico de estos apartados por parte de MINSAL.

**Hallazgo 2.13 :** En la actualidad existen dos asignaciones asociadas al mejoramiento de trato a los usuarios: La Ley 20.645 (funcionarios de APS Municipal) y la Ley 20.646 (funcionarios de establecimientos de los Servicios de Salud). La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA), previo informe de un Comité Técnico debe definir un instrumento de evaluación en ambos casos. Este debe contener la aplicación de una encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos. Así, es factible fomentar la promoción y prevención desde el personal de salud mediante la inclusión de estas aristas en dicho instrumento.

## 6.- Promoción del trabajo en equipo en APS mediante mejoras en las competencias y la inclusión de herramientas especializadas.

**Hallazgo 2.14 :** Existe evidencia de que los resultados sanitarios para los pacientes en un contexto de atención integral se maximizan cuando dicha atención es llevada por equipos multidisciplinarios: reducción 50 % de amputación a diabéticos (O'Reilly et al, 2007); reduce en 54 % las hospitalizaciones de asma (Patel et al, 2005); reducción de 25 % en hospitalizaciones evitables (Reiss-Brennan et al, 2016), entre otros. Más aún, la atención en equipo tiene el potencial de generar eficiencias en la atención, reduciendo un 8,5 % de los costos directos por visita, según datos de Estados Unidos (Hopkins y Sinsky, 2014).

**Hallazgo 2.15 :** Un desafío para la organización de los equipos multidisciplinarios en la APS es la composición heterogénea de los equipos, evidenciable entre países (OPS, 2008), así como también entre establecimientos dentro de Chile. Esto último se observa al tomar en consideración la proporción entre profesionales de medicina y enfermería por establecimiento, donde el valor máximo es 30 veces el mínimo (considerando 582 establecimientos de APS). Así bien, pese a la mencionada heterogeneidad, la OPS (2008) detalla la existencia de conocimientos y habilidades básicas para el trabajo en equipo en APS.

En el contexto nacional, estudio del Centro de Políticas Públicas UC (2015) señala la existencia de brechas en este tipo competencias.

**Hallazgo 2.16 :** Más allá de las competencias, conocimientos y habilidades para el trabajo en equipo, estudios internacionales sugieren herramientas probadas para la coordinación de equipos multidisciplinarios en APS. Algunas de estas son: SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation), CRM (Crew Resource Management) y TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety). En el contexto nacional, no se encontró evidencia sobre aplicación masiva de algunas de estas herramientas (o similares). Más aún, su oferta es limitada.

## 7.- Índice de Actividad de la APS (IAAPS)

**Hallazgo 2.17 :** Para la OMS y el Banco Mundial, entre otros, una atención primaria robusta comienza con una mejor medición de sus acciones y resultados (PHCPI, 2015). La correcta determinación de indicadores tiene el potencial de mejorar los procesos de atención y los resultados sanitarios (Ramalho et al., 2019; Coma et al, 2020).

**Hallazgo 2.18 :** En Chile, parte de los principales indicadores de la APS (18) se agrupan en el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), cuyo principal objetivo es evaluar si las prestaciones comprometidas están siendo otorgadas de manera adecuada según 4 elementos: estrategia, producción, cobertura efectiva e impacto.

**Hallazgo 2.19 :** Referentes internacionales como OCDE, NHS y distintos autores <sup>1</sup> dan cuenta de criterios necesarios para la selección de indicadores en APS. Estos son: (a.) Factibilidad : contar con información rutinaria y verificable que permita evaluar el desempeño en cuestión; (b.) Validación : contar con evidencia científica documentada que destaque la importancia sanitaria que está relacionada al

<sup>1</sup> Ver Mainz (2003) y Campbell et al (2010)

indicador; (c.) Importancia : evidenciar la relevancia de política pública que tienen las actividades vinculadas al indicador; (d.) Pertinencia : justificar si el objetivo sanitario puede ser influenciado de manera relevante por las acciones que están detrás del indicador; y (e.) Aceptación : contar con la validación del equipo ejecutor de las acciones detrás de los indicadores. No obstante, en su generalidad, la elaboración de los IAAPS cumple a mayor cabalidad con el criterio de Factibilidad, mientras que el resto de los criterios cumplen débilmente.

**Hallazgo 2.20 :** El procedimiento mediante el cual MINSAL formula el IAAPS no es claro, como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas en él. Más aún, a pesar de que los actos y resoluciones del Estado son públicos por regla general, no se identifica información que describa el proceso y fundamentación por el cual se llega a ese conjunto de indicadores, ni tampoco por qué se priorizó estos sobre otras posibles alternativas.

**Hallazgo 2.21 :** A modo de alinear las acciones en los territorios con el IAAPS, es atribución del Servicio de Salud respectivo fijar las metas a nivel comunal por medio de una resolución. En las resoluciones que sustentan la determinación de las metas no se observa una mayor justificación acerca de los compromisos de las comunas, ni del por qué no se aplica un cierto indicador y meta a cierta comuna, entendiendo que para algunas puede no ser pertinente que se les aplique. Similar al caso de nivel central, en los argumentos de las resoluciones solo se observa una descripción más bien normativa y procedimental relacionada a los indicadores, no existiendo de manera sistemática mayor evidencia o pertinencia de los indicadores.

**Hallazgo 2.22 :** MINSAL establece anualmente las Metas Nacionales Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención para las entidades

administradoras de salud municipal. Los fundamentos<sup>2</sup> por los cuales MINSAL establece los indicadores y fija metas no son claros.

**Hallazgo 2.23 :** No es claro que el nivel de cumplimiento del IAAPS se relacione con mejores resultados sanitarios para la población. Entre 2005 y 2019 dicho nivel fue superior al 80 % para 9 de 10 comunas que administran la APS, mientras que en paralelo (2010-2017), la Encuesta Nacional de Salud sugiere que los principales factores de riesgo y morbilidad de la población se han mantenido o aumentado. También, los datos sugieren que no es posible asociar el nivel de cumplimiento de los IAAPS con la mejora en ciertos indicadores de resultados sanitarios propuestos por el Banco Mundial para la APS en Chile: hospitalizaciones evitables y auto-percepción del estado de salud de las personas.

## 8.- Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención (MSMA)

**Hallazgo 2.24 :** Con respecto a la fijación de metas a nivel comunal, en muchas ocasiones no está clara cuál es la capacidad concreta de cumplimiento de las metas específicas. Tampoco están claros el contenido ni el fundamento de las opiniones de los Comité Técnico Consultivo, o de las resoluciones exentas mediante las cuales los Servicios de Salud aprueban las metas específicas. En general, los sitios electrónicos de los Servicios de Salud no presentan esta información.

## 9.- Revaluación de Indicadores

**Hallazgo 2.25 :** Los profesionales de la salud, municipios, establecimientos de APS y la literatura disponible advierten una gran cantidad de indicadores a analizar, algunos potencialmente no pertinentes, lo que constituye una excesiva carga de trabajo. En

<sup>2</sup> Por ejemplo, sobre pertinencia del indicador para la APS, o la evidencia del impacto de las acciones, o lo relevante en términos de política pública.

concreto, entre IAAPS, MSMA, PRAPS, y otros, se estima más de 80 indicadores por comuna, mientras que referentes no superan los 50 (Canadian Institute for Health Information, 2016; NHS, 2021).

**Hallazgo 2.26 :** La evidencia sugiere mayor pertinencia en los indicadores disponibles. Así bien, un indicador que recoge este apartado en cuanto a la accesibilidad en el nivel es el indicador Hospitalizaciones Evitables (ACSC) (propuesto anteriormente por el Banco Mundial para Chile), vinculándose de forma directa con la gestión eficiente de APS. No obstante, este no es seguido en Chile de forma rutinaria, pese a que se han realizado estudios en la materia a escala nacional, dando cuenta de su Factibilidad.

## 10.- Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)

**Hallazgo 2.27 :** No fue posible encontrar información acerca de los montos asignados a cada programa y comuna asociado a los Programas de Reforzamiento a la APS (PRAPS). Tampoco fue posible encontrar información respecto de los criterios para la distribución de los recursos entre comunas.

**Hallazgo 2.28 :** Los argumentos esgrimidos en las resoluciones exentas que aprueban o rechazan los programas deben ser más claros. En algunos casos existe evidencia del impacto de las acciones que fomenta el programa, mientras que en otros la justificación es genérica.

**Hallazgo 2.29 :** Los convenios asociados a los PRAPS son firmados entre MINSAL, los Servicios de Salud respectivos y las municipalidades de su territorio. En el proceso administrativo entre servicio y municipio se evidencia un tiempo de latencia de 4 meses en promedio<sup>3</sup> para la

---

<sup>3</sup> Considerando también una alta heterogeneidad para este plazo.

aprobación<sup>4</sup> de dichos convenios. Este atraso tiene diversos impactos según entrevistados de servicios, municipios y establecimientos. Por un lado, afecta la continuidad de ciertas prestaciones. En otros casos, obliga al municipio a reasignar recursos propios para apoyar la continuidad de la atención. Por último, cuando la continuidad es afectada, los menores plazos para implementar el programa, junto a la rendición de cuentas, induce a una actividad menos efectiva. Parte de esta latencia es explicada por la revisión de convenios no estandarizados que varían su redacción entre distintos años, Servicio de Salud y municipio.

**Hallazgo 2.30 :** Existen activos digitales que podrían agilizar el proceso de firma de los convenios PRAPS. Por ejemplo, mediante la firma de forma digital. Así, se evidencia que el 90,9 % de los Servicios de Salud disponen de firma electrónica. Sin embargo, solo el 18,2 % tiene una política de gestión documental por escrito y el 45,5 %, un procedimiento estandarizado para digitalizar sus documentos. Por el lado de las municipalidades no se ha encontrado información oficial sobre el uso de estas herramientas. Para potenciar el uso de los activos digitales en la firma de documentos, SEGPRES proyecta implementar un Gestor Documental para el segundo semestre del año 2022. Este permitiría la modificación, el versionamiento y la firma de documentos distribuidos en línea.

## 11.- Institucionalidad TIC en salud e interoperabilidad

**Hallazgo 3.1 :** La OCDE considera la adopción tecnológica como pieza clave en el desarrollo de un sistema de APS eficiente. Por ejemplo, el Registro Clínico Electrónico puede reducir las visitas de los pacientes a los establecimientos de APS en un 10 % mediante el mejoramiento de la comunicación entre profesionales médicos y el seguimiento del paciente (Almalki y Simsim, 2020). En Canadá, el 97 % de los pacientes que recibe cuidados remotos en el nivel primario lo

---

<sup>4</sup> Mediante una resolución exenta.

recomienda. En Dinamarca, el 72 % de los pacientes que recibe telemedicina mejora su percepción de seguridad del tratamiento (OCDE, 2020).

**Hallazgo 3.2 :** El desarrollo de herramientas bajo un esquema de interoperabilidad es la tendencia mundial respecto de la infraestructura digital TIC (IEEE, 1991). En el contexto sanitario, la interoperabilidad puede mejorar la trazabilidad del paciente en términos de tratamientos, diagnósticos, uso de medicamentos, entre otros (Pines, 2019). El intercambio de información disminuye los errores de prescripción (Bates y Gawande, 2003) y la readmisión hospitalaria (Fontaine et al., 2010). Park et al. (2015) muestra que, cuando los establecimientos utilizan sistemas de información compartida, el costo por paciente disminuye (en promedio) 13 %.

**Hallazgo 3.3 :** Los referentes internacionales, entre otros, Canadá, España, Inglaterra y Japón, han creado entidades especializadas y, en algunos casos, independientes, para asegurar una gobernanza estable que guíe el proceso de implementación de interoperabilidad en el sector salud. En el país, han sido identificadas, al menos, 4 entidades públicas relacionadas con la materia, las que han realizado esfuerzos por implementar interoperabilidad sin el liderazgo claro de una autoridad superior, lo que se ha materializado en una gestión poco eficiente. Por ejemplo, en una auditoría a la SSRA (Hospital Digital), entre enero de 2018 y diciembre de 2019, la CGR detectó, entre otros, pagos de más de \$3.200 millones por cerca de 22.000 licencias de software, de las cuales menos del 1 % fueron ocupadas<sup>5</sup>. La ausencia de un liderazgo claro en TIC afecta también a servicios de salud y municipalidades, los que no siguen directrices homogéneas para efectuar contrataciones. En ocasiones, esto ha derivado en contratos mal diseñados y en sistemas que tienen dificultades para intercambiar

<sup>5</sup> CGR (2021)

información, como Saydex, un caso relevado por el BID como ejemplo de contratación de software de salud poco eficiente en el país.<sup>6</sup>

**Hallazgo 3.4 :** Según el BID, en el sector salud debe existir un liderazgo de largo plazo y consistente a través del tiempo para fomentar el éxito de la implementación de interoperabilidad.<sup>7</sup> Si bien el país lleva trabajando más de una década en la adopción de una estrategia de interoperabilidad,<sup>8</sup> una crítica preponderante del medio especializado ha sido la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo.<sup>9</sup>

## 12.- Plataforma de información clínica

**Hallazgo 3.5 :** Si bien la implementación de interoperabilidad en el sector salud toma cerca de una década, algunos servicios de salud (SSMSO y SSMaule) han desarrollado sistemas tecnológicos interconectados exitosos (VIAU<sup>10</sup> y SISMaule<sup>11</sup>). Estos ejemplos podrían replicarse (en cierta medida) en todo el territorio nacional a través de la consolidación de información de salud en un Repositorio Clínico Digital.

## 13.- Brechas en establecimientos

**Hallazgo 3.6 :** La infraestructura APS está relacionada directamente con el atributo de Accesibilidad, y una forma de medir este atributo es mediante la cobertura. En este sentido, la cobertura promedio en APS es de 50 %, cuando referentes muestran tasas superiores al 65 % (OCDE, 2019; Van Doorslae et al, 2006). También, la información de FONASA sugiere que alrededor de 1,5 millones de personas beneficiarias (10 % de los inscritos en la APS), deciden atenderse

<sup>6</sup> BID (2019)

<sup>7</sup> BID (2020)

<sup>8</sup> MINSAL (2013)

<sup>9</sup> Seminario Transformación Digital en Salud (2021)

<sup>10</sup> SSMSO (2020).

<sup>11</sup> SSMaule (2017).

exclusivamente en el extra sistema (proveedores privados) usando MLE, mientras que otras 6 millones de personas más no reciben atención primaria durante el año, ambos casos son señal de la capacidad de acceso de la APS.

**Hallazgo 3.7 :** El desafío por generar mayor accesibilidad también tiene sentido de urgencia considerando que al menos 11 millones de personas con multimorbilidad requieren atención médica y control crónico anual de por vida (Margozzini y Passi, 2018). Otro ejemplo que releva la necesidad de potenciar la accesibilidad de la APS guarda relación con las hospitalizaciones evitables. Según estudio de la USS (2021), cerca de 1 de 3 hospitalizaciones evitables finaliza en un fallecimiento. Mismo estudio cifró en US\$300 millones anuales el gasto asociado a estas hospitalizaciones para el sistema público de salud. También, estiman que las hospitalizaciones evitables explican el 20 % de los días-cama y el 11 % de los egresos en un año. Reducir un 20 % las hospitalizaciones evitables permitiría liberar días-cama para 69 mil egresos quirúrgicos programados, volumen cercano al 25 % de los casos en lista de espera quirúrgica.

**Hallazgo 3.8 :** En Chile el establecimiento de APS más próximo a una manzana es de 4 kilómetros, sin embargo, no necesariamente es el que le corresponde a la persona debido a que el centro puede estar en otra comuna o la persona estar inscrita en otro establecimiento. En las regiones de Tarapacá, Atacama, Metropolitana, O'Higgins y La Araucanía, para más de la mitad de la población que vive en zonas urbanas<sup>12</sup> (casi para el 60 % de la población), su establecimiento de APS está en una comuna diferente. Por su parte, al analizar la distancia entre la población y los establecimientos de APS, es observada una alta heterogeneidad entre las regiones: en La Araucanía, Los Lagos y Aysén, casi el 20 % de la población vive a 12-60 kilómetros de un CESFAM o CECOSF.

**Hallazgo 3.9 :** En 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR) el número de inscritos supera la cantidad para la que fueron diseñados los centros. En otras palabras, más de 5,4 millones de personas, o casi el 40 % de los beneficiarios del sistema, ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención. La evidencia sugiere que, cuando la cantidad de beneficiarios de un establecimiento es mayor a su capacidad teórica, la adhesión a la APS se dificulta.

**Hallazgo 3.10 :** Según McKinsey Global Institute (2020), trasladar la inversión y el gasto hacia políticas de prevención y detección temprana de enfermedades (con énfasis en la APS) implicaría tratamientos menos costosos y más efectivos: el beneficio económico de invertir 1 dólar adicional en mejorar la salud de la población chilena sería de 1,8 dólares. Como referencia, el costo equivalente por atención en un CESFAM es M\$ 15 (M\$ 9-45), mientras que en un hospital de alta complejidad el costo equivalente por atención/egreso es M\$ 1.082, es decir, al menos 20 veces más que la atención primaria. Según estimaciones para este proyecto, un consultorio adicional de APS (CESFAM o CECOSF) reduciría, en promedio, cerca de un 5 % las HE de la comuna. Señal de que una mayor dotación de infraestructura en APS está asociada a un mayor acceso y efectividad.

**Hallazgo 3.11 :** También existen brechas importantes en la dotación de infraestructura de atención primaria de urgencia. Solo 139 comunas en Chile cuentan con al menos un centro de atención primaria de urgencia, afectando la capacidad resolutive de la APS ante cuadros agudos, e induciendo flujos de casos evitables hacia la atención secundaria y terciaria en 206 comunas que no cuentan con estos. En otras palabras, cerca de un tercio de la población inscrita en FONASA no tiene acceso en su comuna a un servicio de atención primaria de urgencia. Según estimaciones para este proyecto, la implementación de centros de urgencia a nivel primario permitiría reducir en 31 % las hospitalizaciones evitables, teniendo un efecto aún mayor sobre aquellas hospitalizaciones ligadas a cuadros agudos. Esto es especialmente relevante en el caso de Chile, donde las

<sup>12</sup> Donde el censo está a nivel de manzanas



hospitalizaciones por cuadros agudos representan casi el 50 % del total de las hospitalizaciones evitables en un año.

**Hallazgo 3.12 :** Si bien el Plan de Inversiones 2018-2022 contempla la construcción, normalización o ampliación de más de 165 establecimientos de APS,<sup>13</sup> cerrar las brechas de capacidad de la APS implicaría un aumento del presupuesto del sector público en salud equivalente a 1/3 del presupuesto APS para 2022 (casi 1.000 millones de dólares), además de la renovación y mejora de la oferta actual, cuyo valor aproximado es 1.300 millones de dólares, equivalente al 20 % del valor teórico de la cartera. Esto, sin considerar la inversión requerida a nivel secundario, a quien la APS debe derivar la mayoría de los casos que requieren de una mirada especialista.

**Hallazgo 3.13 :** Asociado al desarrollo de proyectos en la APS están los temas sobre costos y plazos. Así, entre 2014 y 2019 los proyectos evidencian sobre costos superiores al 3 % y extensiones de plazo superior al 121 %, en este último caso, esto se traduce en un plazo efectivo de ejecución de 3,7 años para un CESFAM, cuando previamente se estimaba un plazo original de 1,8 años. La información de mercado público también sugiere que una parte importante de las licitaciones de infraestructura de APS presentan dificultades durante su desarrollo. Por ejemplo, solo un 4 % de los proyectos en proceso de licitación a marzo 2022 no han presentado problema en su proceso, mientras que un 61 % de estos ha presentado al menos una licitación desierta; un 25 % una licitación revocada y un 14 % una extensión del plazo de licitación por no encontrar una contraparte en el plazo designado.

**Hallazgo 3.14 :** Una alternativa que ha sido utilizada para mejorar la infraestructura pública de APS (por ejemplo, Reino Unido) es la APP. Esta tiene diversas ventajas, entre otras, permite diferir el costo de la

<sup>13</sup> A agosto de 2021: 98 han sido terminados, 36 están en ejecución y 31 en etapa de estudio o licitación,

inversión a lo largo de la vida útil, reduciendo el impacto fiscal de políticas de infraestructura. También ayuda a promover una mayor equidad en el acceso, considerando que dichos contratos pueden incluir la mantención y renovación de equipamiento, lo que evita una mayor depreciación de la infraestructura y obsolescencia de los equipos por falta de recursos por parte de los municipios. También puede proporcionar servicios más eficientes y mejores que el Estado por sí solo (Fai et al., 2020). La evidencia nacional también muestra que en el caso de la infraestructura pública hospitalaria concesionada (una especie de APP) es desarrollada con mayor rapidez y menor costo por metro cuadrado.<sup>14</sup>

## 14.- Aporte per cápita

**Hallazgo 4.1 :** Diversos estudios en los últimos 15 años<sup>15</sup> evidencian una brecha de más de 25 puntos porcentuales del aporte per cápita basal respecto de sus estimaciones. La información recolectada sugiere que una fuente que explicaría dicha diferencia tiene relación con el valor/hora del recurso humano, el cual representa cerca del 58 % del costo de atención.<sup>16</sup> Mediante Transparencia Activa se recolectó información sobre la remuneración mensual efectiva de un grupo de profesionales APS. De este ejercicio se concluye que existen brechas de 50 % en el valor del recurso humano entre comunas, a misma categoría, estamento y nivel. Esta brecha aumenta a 60 % cuando se compara con el valor de referencia estimado a partir del artículo transitorio de la Ley 19.378.

**Hallazgo 4.2 :** La literatura sugiere que cerrar brechas en la atención del nivel primario entrega mejores resultados sanitarios de manera costo-eficiente. Así, con datos de Estados Unidos se estima que dedicar 1 % más de inversión a APS<sup>17</sup> disminuye en un 0,18 % el ratio

<sup>14</sup> CNEP (2020)

<sup>15</sup> Montero et al (2008), FONASA (2019), UCh (2015), CNEP (2021).

<sup>16</sup> FONASA (2019).

<sup>17</sup> Como proporción del gasto total en salud.

de visitas a urgencias, 0,07 % el ratio de beneficiarios hospitalizados y 0,16 % el ratio de hospitalizaciones evitable (PCPCC, 2020). En esta misma línea, Macinko et al (2011) evidenció que el reforzamiento del programa de salud familiar en Brasil para el periodo 1999-2007 logró reducir anualmente un 5 % las principales hospitalizaciones evitables de adultos, es decir, entre 1999 y 2007 se redujo alrededor de un 30 % las hospitalizaciones evitables<sup>18</sup>. Por otro lado, Starfield (2010), basada en 12 indicadores de resultados sanitarios, muestra el mejor desempeño de Canadá respecto de Estados Unidos a partir de la reforma sanitaria de los 70s que llevó a cabo Canadá, la cual estuvo orientada a fortalecer la APS.

**Hallazgo 4.3 :** En el contexto de este mandato no fue posible dar con información consolidada que describiera en detalle el proceso de elaboración del per cápita basal, como también información que permitiera replicar la estimación del valor basal. Montero et al (2008), como también representantes de entidades públicas vinculadas a la salud primaria que fueron entrevistados en el contexto de este estudio, señalan misma opacidad.

## 15.- Indexadores del per cápita

**Hallazgo 4.4 :** Estudios nacionales sugieren que los actuales ajustes que se aplican al aporte per cápita basal para capturar la morbilidad y riesgo sanitario de las comunas no cumplen adecuadamente con dicho objetivo. Además, los fundamentos para utilizar dichos indexadores no son claros. Esto no permite escrutar su pertinencia sobre otras alternativas existentes y sugeridas por expertos.

**Hallazgo 4.5 :** Un panel de expertos congregados por MINSAL en 2011 para evaluar el uso de indexadores y ajustes al per cápita basal, señalaron que varios de los indexadores presentan saltos discretos,

<sup>18</sup> Las hospitalizaciones evitables son los casos que ingresan al hospital, y que por sus características, debieron ser resueltos en la APS. Por ejemplo, diabetes descompensada o infecciones urinarias.

ocasionando que en la vecindad de dichos saltos existan comunas muy similares en el valor del indexador, pero algunas percibiendo el aporte y otras no. En este sentido, Montero et al (2008) ya sugerían evaluar alternativas y transitar (al menos) hacia un indicador continuo para el indexador asociado a ruralidad.

**Hallazgo 4.6 :** En 2015, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile destacó dentro de su estudio de atención primaria,<sup>19</sup> que la apreciación general entre diversos representantes de la APS sobre los indexadores fue que su utilización hace sentido, pero que la configuración de ese momento no era la mejor: se criticaba la validez de ocupar el IPP, como también el indexador de ruralidad o la falta de uno que pudiera capturar el riesgo sanitario de la población. Cabe mencionar que los indexadores criticados en dicho estudio siguen siendo ocupados en la actualidad.

**Hallazgo 4.7 :** La evidencia desde hace más de 2 décadas a nivel internacional, y una década a nivel nacional, sugiere que la carga de morbilidad de la población predice adecuadamente el gasto en atención de salud y, por ende, es candidata a ser utilizada como indexador.<sup>20</sup> No obstante, los datos recolectados sugieren que, actualmente, la implementación a nivel nacional de un indexador de morbilidad puede tomar al menos 1 año, principalmente por temas presupuestarios y de consolidación de la información en el nivel primario.

<sup>19</sup> Trabajo realizado en el marco del compromiso adquirido por parte del Ejecutivo, con motivo de la aprobación de la Ley de Presupuestos de 2015, para realizar un estudio de revisión y evaluación del per cápita basal para la atención primaria de salud, los indexadores, plan de salud familiar y comunitaria, y un programa de ajuste para el periodo 2016-2018.

<sup>20</sup> Ver en el caso internacional Reid et al (2001), Forrest et al (2004), Hoch et al (2010), entre otros, y en el caso nacional Santelices et al (2014) y Santelices et al (2016).

**Hallazgo 4.8 :** Actualmente se utiliza el grado de dependencia de las municipalidades al Fondo Común Municipal, denominado Índice de Privación Promedio (IPP), como indexador para el criterio socioeconómico de las comunas.<sup>21</sup> No obstante, en línea con otros estudios<sup>22</sup>, las estimaciones de la CNEP sugieren que la proporción de personas de la comuna en condición de pobreza, según proporción de la población en FONASA-A o estimaciones según CASEN, estaría mejor correlacionada con el gasto en atención de salud que el indexador anteriormente mencionado.<sup>23</sup>

## 16.- Transparencia, rendición de cuentas y probidad en las Corporaciones Municipales

**Hallazgo 4.9 :** Existen 50 corporaciones municipales en las 321 comunas a nivel nacional que administran recursos para salud primaria (APS).<sup>24</sup> Entre 2016 y 2020 estas corporaciones municipales ejecutaron el 41 % de su gasto en APS. Los municipios que no cuentan con corporaciones municipales administran la atención primaria a través de departamentos de salud (DS).

**Hallazgo 4.10 :** Las corporaciones municipales de salud (CMS) están en el 16 % de las comunas donde el municipio administra la atención primaria. No obstante, a 2019 estas percibieron el 35 % del financiamiento que proviene del nivel central y representaron el 36 % del gasto total en APS. Además, están a cargo del 38 % de la

---

<sup>21</sup> Índice de Privación Promedio Municipal construido por SUBDERE en relación con el Fondo Común Municipal. Este último es definido por la Constitución Política (Art. 122) como un “mecanismo de redistribución solidaria de los ingresos propios entre las municipalidades del país” y su objetivo es la repartición de ingresos entre los municipios de acuerdo a variables socioeconómicas (BCN, 2020).

<sup>22</sup> Ver Vargas y Poblete (2007), por ejemplo.

<sup>23</sup> Montero et al (2008), FONASA (2020).

<sup>24</sup> En las otras 44 comunas es el Servicio de Salud respectivo quien administra el nivel primario.

población inscrita y validada en APS a nivel nacional, esto último porque muchas de estas entidades administran la APS de comunas altamente pobladas. Además, en su conjunto, estas comunas concentran el 32 % de las personas del tramo más vulnerable según el Registro Social de Hogares.<sup>25</sup> Algunas comunas destacables por su volumen poblacional donde las corporaciones administran la APS son: Puente Alto, Antofagasta, San Bernardo, Lo Prado, Cerro Navia, La Florida, San Joaquín, entre otras.

**Hallazgo 4.11 :** El informe de 2020 de la CGR sobre la situación presupuestaria, financiera y patrimonial del Estado<sup>26</sup> no comprende información sobre las corporaciones que cumplen funciones complementarias de algunas municipalidades en las áreas de educación, salud y otras. Esto implicó dejar de analizar mediante este medio recursos estatales por 760 mil millones de pesos ejecutados al 2020 en APS. Dicho monto equivale a financiar anualmente la construcción de 190 centros de salud familiar (en torno al 20 % de los centros actuales).<sup>27</sup>

**Hallazgo 4.12 :** En general, la información de adquisiciones y contrataciones de las corporaciones municipales que administran recursos públicos para educación y salud es publicada como listado de transacciones con datos básicos que no permiten monitorear los procesos.<sup>28</sup> Se estima que, con base en los datos disponibles en la plataforma Mercado Público y el Sistema Nacional de Información Municipal, en 2020, dos de tres pesos gastados por las municipalidades (departamentos de salud) en adquisiciones y contrataciones relacionadas con APS pasaron por la plataforma Mercado Público, mientras que ninguno de los cerca de 168 mil

---

<sup>25</sup> Las estimaciones se obtienen a partir de SINIM (2020) y MDSF (2021).

<sup>26</sup> Ver Informe Gestión Financiera del Estado (CGR, 2020).

<sup>27</sup> Tomando como referencia la licitación ID 1495-44-LR18 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (costos de construcción estimativos).

<sup>28</sup> Por ejemplo, ver casos en Transparencia Activa.

millones de pesos gastados en la misma materia por las mencionadas corporaciones lo hizo.